



CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE DES CANDIDATS PARACHUTISTES

**Le présent certificat doit être établi moins de six mois à la date du premier saut.
Le candidat et le médecin consultant prennent connaissance des dispositions réglementaires figurant sur
la page N°2**

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN CONSULTANT

Je soussigné.e, Docteur en Médecine,

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : _____

Prénom : _____

**Après examen du patient et analyse
des contre-indications décrites au
verso de ce certificat, je déclare que
l'intéressé.e :**

satisfait

ne satisfait pas

**aux conditions d'aptitudes physiques
et psychiatriques requises par cette
activité.**

Fait à _____

Le ____/____/____

Signature et cachet du Médecin consultant :

CADRE RÉSERVÉ AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e,

Nom : _____

Prénom : _____

Né.e le : ____/____/____

A : _____

Adresse actuelle :

Déclare avoir conscience que le
parachutisme est une activité à risques.*

Déclare avoir pris connaissance des risques
liés à cette activité et des conditions
d'aptitudes physiques et psychiatrique
nécessaires.*

Déclare n'avoir dissimulé aucune information
médicale me concernant au médecin
consultant.*

M'engage à signaler toute modification de
mon état de santé qui surviendrait entre la
rédaction de ce certificat et la date de saut.*

***Les 4 cases doivent être cochées sous peine de nullité**

Fait à _____

Le ____/____/____

Signature du candidat parachutiste :

CONDITIONS D'APTITUDE PHYSIQUE ET PSYCHIATRIQUE POUR LES CANDIDATS PARACHUTISTES

LES CONTRE-INDICATIONS RÉSULTANTES SONT :

1°) Celles pouvant aboutir à la perte de connaissance du parachutiste en vol :

- Épilepsie non traitée, ou épilepsie traitée avec une crise datant de moins de deux ans
- Diabète insulino-dépendant (c'est à dire qui utilise de l'insuline seule pour traiter son diabète)
- Coronaropathie (infarctus du myocarde, pontage, stents...)
- Troubles du rythme graves (ayant abouti à un malaise, une hospitalisation, une prise en charge aux urgences)
- Hypertension déséquilibrée, troubles du rythme : contre-indication relative (avis spécialisé demandé)
- Tout antécédent de pertes de connaissance à répétition, inexpliquées

2°) Celles pouvant aboutir à une non observance des mesures à suivre :

- Patient avec diminution des capacités cognitives supérieures (débilité même légère, maladie d'Alzheimer)
- Antécédents psychiatriques avec troubles de la personnalité ou du comportement (avis spécialisé demandé)
- Antécédent de tentative de suicide, syndrome dépressif : contre-indication relative (avis spécialisé demandé)
- Consommation d'alcool excessive (bilan biologique compatible indispensable)
- Toxicomanie

3°) conditions exposant à des conséquences gravissimes si mauvaise réception :

- Obésité avec IMC supérieur à 35
- Maigre avec IMC inférieur à 18,5
- Antécédent de fracture du rachis
- Tassement vertébral
- Ostéosynthèse du rachis
- Ostéoporose, ostéomalacie (ou fragilité osseuse anormale suite à traitements médicamenteux prolongés)
- Matériel d'ostéosynthèse au niveau d'un membre inférieur
- Scoliose grave (c'est à dire avec angle de Cobb supérieur à 15°)
- Spondylolisthésis à partir du grade 2 (plus de 25 % de glissement d'un corps vertébral sur l'autre)
- Antécédent de trauma crânien avec perte de connaissance
- Prise d'anticoagulants
- Splénomégalie

4°) autres conditions éliminatoires :

- Asthme-maladie en évolution ou déséquilibré
- pneumothorax spontané récidivant, opéré ou non
- État de grossesse : il appartient à l'intéressée de déclarer son état de grossesse dès qu'elle en a connaissance
- Acuité visuelle sans ou avec correction inférieure à 5/10 pour le meilleur des deux yeux et 3/10 pour le moins bon (si obtenu avec correction, cocher la case « port de verres correcteurs » sur le certificat)
- Antécédent de chirurgie cardiaque
- Antécédents de chirurgie de l'encéphale et de ses enveloppes

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES PRÉCONISÉS SONT :

- Avis spécialisé cardiologique avec épreuve d'effort, datant de moins de 5 ans, pour les patients à partir de 45 ans
- Avis spécialisé psychiatrique si antécédent de syndrome dépressif, tentative de suicide, troubles de la personnalité ou du comportement
- Bilan biologique avec glycémie à jeun, HBA1C, bilan hépatique et dosage des CDT pour tout candidat
- Si scoliose ou antécédents de pathologie lombaire: radiographies du rachis dorso-lombaire avec mesure de l'angle de Cobb

Liste non exhaustive. Le médecin consultant est libre de compléter le bilan en fonction de ses données.

CADRE RESERVE AU MEDECIN CONSULTANT

Ce document m'a bien été
présenté par le patient.

*Signature et cachet du Médecin
obligatoires*